

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 THÈSE No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1895, à 1 heure

Par HENRI LEVY

Né à Hochfelden (Bas-Rhin), le 27 août 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { POTAÏN, professeur.
CHAUFFARD, agrégé.
NETTER, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1895, à 1 heure

Par HENRI LEVY

Né à Hochfelden (Bas-Rhin), le 27 août 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges : MM. { POTAIN, professeur.
CHAUFFARD, agrégé.
NETTER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Souvenir de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉRYTHÈME NOUEUX

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, pendant le cours de nos études médicales, d'observer un certain nombre de cas d'érythème noueux, nous avons été frappé de la diversité des circonstances étiologiques dans lesquelles survenait cette manifestation cutanée et aussi de la variabilité de son expression objective et des symptômes généraux qui l'accompagnaient.

Tantôt en effet l'éruption cutanée semblait constituer toute la maladie, ne s'accompagnait que de phénomènes fébriles ou à distance insignifiants, tantôt au contraire ces derniers étaient plus marqués et se partageaient pour ainsi dire la physionomie clinique de l'affection. Les cas en un mot n'étaient pas comparables.

Nous n'avons pas l'intention, en entreprenant ce modeste travail, d'écrire une monographie complète de

l'érythème noueux, nous nous proposons seulement d'appeler l'attention sur les différents aspects cliniques, sous lesquels se présente la maladie de Hébra, et de montrer l'importance de la notion étiologique et pathogénique dans l'étude de cette dermatose. Notre travail n'a d'autre visée que de mettre au point la question et de montrer comment on peut interpréter aujourd'hui cette dermopathie.

Après avoir rappelé brièvement la symptomatologie et les différentes hypothèses faites sur la nature de l'érythème noueux, nous rapporterons et classerons un certain nombre d'observations qui montrent, à notre avis, que l'érythème noueux ne peut plus être considéré comme une maladie toujours semblable à elle-même, n'est pas une entité morbide en un mot, et que son expression cutanée uniforme correspond à des causes étiologiques multiples.

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un devoir de remercier les maîtres qui nous ont prodigué leurs savantes leçons, MM. Albert Robin, Pozzi, le professeur Tillaux, et M. le professeur Straus, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Il est difficile de tracer de l'érythème noueux un tableau clinique correspondant à la généralité des cas, surtout en ce qui a trait aux phénomènes généraux et aux complications. D'habitude la fièvre est assez marquée et l'affection mérite véritablement alors le nom « d'érythème noueux fébrile » (Rondot).

Ordinairement en effet l'affection s'accompagne de phénomènes prodromiques survenant quelques heures ou quelques jours avant l'apparition de l'érythème.

M. le professeur agrégé Rondot (1) a bien étudié la fièvre dans le cours de l'érythème noueux et il rapporte un cas où l'éruption n'est apparue qu'après trois jours pleins de fièvre. En même temps des frissons se montrent plus ou moins marqués. L'angine est fréquemment signalée comme symptôme prodromique de l'érythème noueux, et alors deux cas peuvent se présenter : dans le premier, la manifestation angineuse appartient en propre à la maladie et en marque la première localisation, comme dans les cas de Orillard, Brodier (2), Nicolle (3); dans le second, l'angine semble avoir seulement

(1) *Rondot*. L'érythème noueux fébrile et ses complications. J.-B. Baillière, Paris, 1883.

(2) *Brodier*. *Med. Moderne*. Sept. 1893.

(3) *Nicolle*. *Médecine Moderne*. Mai 1895.

servi de porte d'entrée à l'agent infectieux produisant l'érythème, témoin l'observation de M. Joullié(1), rapportée dans sa thèse et ayant trait à un érythème nouveau survenu au cours d'une angine diphtéritique.

La langue est blanche, saburrale, et dès cette période, il n'est pas rare de voir survenir de la diarrhée. Enfin des troubles nerveux, tels que de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'abattement, de la courbature, quelquefois du délire accompagnent l'éclosion de la maladie, surtout chez les enfants, et peuvent faire craindre les débuts d'une méningite.

La période d'état, si l'on peut s'exprimer ainsi, s'affirme par l'éruption et la persistance des symptômes généraux. L'éruption qui caractérise la dermatite contusiforme de Hébra présente un aspect particulier et véritablement pathognomonique. Elle est constituée essentiellement par des nodosités saillantes siégeant au niveau de l'hypoderme. Ces nodosités présentent à leur début une coloration rouge vif, intense. En pleine évolution la coloration se fonce, devient violacée surtout à la périphérie. A leur déclin cette teinte rouge violacée s'atténue progressivement et les nodosités prennent une nuance ecchymotique, qui peut persister plus ou moins longtemps. Ces nodosités sont saillantes : elles forment à la surface de la peau un relief plus ou moins marqué, très nettement appréciable au doigt. La pression à leur niveau est toujours douloureuse. Elles présentent d'ordinaire une forme arrondie quelquefois ovale. Leur volume est variable : le plus habituellement elles sont de la grosseur d'un pois ; elles peuvent cependant présenter des dimensions plus considérables ; on voit alors les nodosités s'aplatir, s'étaler en quelque sorte et simuler pour un œil peu exercé une plaque d'érysipèle. Le nombre des nodosités pré-

(1) *Souillé*. De l'Erythème nouveau secondaire. Thèse de doctorat. Paris, 1893.

sente aussi les plus grandes variétés ; dans certains cas l'éruption se traduit seulement par quelques éléments discrètement localisés aux jambes ; dans d'autres cas, au contraire, l'éruption plus confluyente, occupe des points du revêtement cutané qu'elle n'atteint pas d'ordinaire, les muqueuses même peuvent être prises (Rondot).

L'érythème noueux a un siège de prédilection : c'est aux membres inférieurs, au pourtour de l'articulation du genou, à la face interne de la jambe, le long du tibia, vers les malléoles, que les éléments éruptifs se localisent de préférence ; il est plus rare de les voir se développer au niveau des cuisses, du tronc, des membres supérieurs et de la face. On a vu ces localisations rares se présenter dans les cas d'érythème polymorphe ou sur des individus chez lesquels l'érythème noueux était dû à une cause toxique (Observation personnelle).

La nodosité érythémateuse n'est pas la seule manifestation du processus morbide du côté de la peau. Outre que l'éruption peut être polymorphe, on peut parfois constater que la peau est le siège d'une infiltration œdémateuse plus ou moins marquée. Celle-ci se décèle par la pression du doigt, qui laisse à l'endroit comprimé un godet caractéristique. Il faut dire, toutefois, que cet œdème est dur, et qu'il faut une pression assez forte pour en déterminer l'apparition. Cet œdème, qui accompagne l'érythème noueux, montre bien l'importance des troubles vasomoteurs dans le mécanisme de sa production, et constitue un argument, bien faible il est vrai, en faveur de la théorie de Kœbner et de Lewin, faisant de l'érythème noueux une angio-névrose.

Il nous resterait, maintenant, à décrire la marche et les symptômes généraux de cette dermopathie. Mais comme ceux-ci, celle-là varie suivant les cas, nous les signalerons quand nous étudierons les formes de la maladie.

Nous venons de voir, rapidement esquissés, les caractères dermatologiques de l'érythème noueux, essayons maintenant d'en déterminer la nature et les conditions pathogéniques. Et d'abord, il nous semble nécessaire de dire un mot de ses rapports avec l'érythème polymorphe. Longtemps on a considéré l'érythème noueux comme une maladie à part, pouvant coïncider, il est vrai, avec d'autres manifestations cutanées, papuleuses, tuberculeuses, etc., mais distincte dans sa nature et dans son origine. Hébra, le premier, créant l'érythème exsudatif multiforme, montra que diverses dermopathies, telles que l'érythème papuleux, l'érythème tuberculeux, l'érythème annulaire, noueux, iris, gyratum « sont simplement des formes de la même maladie dans ses différentes périodes ».

Depuis le travail de Hébra, son opinion sur les rapports de l'érythème noueux avec l'érythème exsudatif multiforme, a été à peu près unanimement acceptée par les auteurs, et en France, la théorie du chef de l'Ecole de Vienne, a été acceptée et défendue par M. Besnier et par son élève, de Molènes (1).

Cette notion de l'érythème noueux, dépendance de l'érythème polymorphe, a eu pour résultat immédiat d'établir d'une façon à peu près certaine, l'existence d'un érythème noueux, maladie infectieuse. Ce fait était déjà, il est vrai, admis par un certain nombre d'auteurs, mais les contradictions étaient encore grandes ; tandis que les uns, avec Bazin, rattachaient cette dermatose à l'affection rhumatismale (et on sait ce que ce terme renfermait d'éléments divers et hétéroclites), les autres, avec Trousseau, en admettaient la nature spécifique. Cette spécificité fut encore augmentée, si l'on peut ainsi dire, par la conception de Hébra, et aujourd'hui elle domine toute l'étiologie de l'érythème noueux ; les nombreux cas rappelés par Trousseau, Tala-

(1) *De Molènes. De l'érythème polymorphe. Thèse de Paris, 1884.*

mon, Rondot, de Molènes, etc., établissent d'une manière absolument certaine l'existence d'un érythème noueux, maladie infectieuse primitive (Richardière). D'ailleurs, le caractère contagieux et surtout épidémique de plusieurs cas, témoigne encore de la justesse de cette opinion. Tantôt alors, l'érythème reste purement noueux, il n'existe pas d'autre élément morphologique cutané; tantôt l'éruption est absolument polymorphe, il y a concomitance d'éléments noueux, papuleux, tuberculeux, etc.

Nous avons vu plus haut quels étaient les caractères objectifs des lésions cutanées de la maladie de Hébra, mais nous avons réservé l'étude des symptômes généraux et des complications qui accompagnent d'ordinaire la manifestation cutanée. C'est précisément dans ces cas d'érythème noueux infectieux primitifs qu'ils se rencontrent de préférence et avec toute leur intensité. D'ordinaire les symptômes fébriles que nous avons vus marquer le début de l'infection, persistent parallèlement à la lésion cutanée, on les voit s'étendre avec celle-ci, et comme les nodosités apparaissent souvent par poussées successives, on voit à chaque nouvelle poussée d'éléments éruptifs, une recrudescence de la fièvre. Cette fièvre de l'érythème noueux primitif a été bien étudiée par Rondot qui sépare les faits en deux catégories : ceux dans lesquels la fièvre évolue rapidement, ceux où elle se prolonge avec les caractères d'une continuité véritable. « Dans la première variété l'élévation thermique devance habituellement l'éruption et ne tombe pas brusquement au moment où cette dernière apparaît, elle persiste parfois plusieurs jours et s'éteint presque constamment par des oscillations régulières. Il est exceptionnel que le pouls traduise ces caractères. Les poussées ultérieures sont précédées parfois d'une ascension vespérale.

« Dans le second groupe, les tracés se rapprochent de ceux

de la fièvre typhoïde. Les malades auxquels ils se rapportent étaient atteints pour la plupart de complications viscérales. Mais l'étude des faits démontre que ces accidents n'entraînent que très rarement une ascension passagère et qu'ils n'exercent qu'une influence restreinte sur la continuité de la fièvre. »

Parfois les symptômes généraux présentent une gravité exceptionnelle et on se trouve en présence d'une véritable forme typhoïde de la malaïde; tel est le cas suivant rapporté par Devergie (1).

Érythème papulo-noueux avec état typhoïde.

Le 9 décembre 1882, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, lit n°17, la nommée Loyel, âgée de 20 ans, cuisinière.

Cette fille, très lymphatique, est fréquemment indisposée. Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans, et toujours très régulièrement. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle a eu ses règles, qui ont duré quatre jours. Le dernier jour de l'écoulement menstruel, elle eut dans sa maison un service extraordinaire et très fatigant, et le lendemain elle fut prise de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de fièvre, d'inappétence. Une saignée fut faite et un pédiluve ordonné. Le lendemain, la fièvre augmenta et il y eut de la diarrhée, des vomissements, et l'on vit apparaître sur la face une rougeur vive qui, débutant par la joue gauche, s'étendit bientôt à la joue droite, au menton et un peu au front. Quelques plaques rouges apparurent aux jambes et aux genoux. La face était le siège d'une rougeur considérable. Quatre jours après le début de la maladie, les symptômes d'une bronchite se manifestèrent, et au septième jour, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, elle était très abattue, on voyait sur chaque joue deux ou trois plaques érythémateuses plus grandes qu'une pièce de deux francs, d'un rose clair, dont la rougeur disparaissait sous

(1) *Devergie*. Traité pratique des Maladies de la peau. Paris, 1857.

la pression du doigt. Chacune d'elles était entourée d'un cercle rouge foncé, plus élevé que le centre de la plaque, et dont la saillie était facilement sentie en promenant la main sur la joue. Dans l'intervalle de ces plaques, la peau avait une couleur rouge vif et formait ainsi un fond uniforme sur lequel le cercle rouge foncé se détachait parfaitement (E. circiné). Les plaques et le fond sur lequel elles reposaient, formaient, par leur ensemble, une surface oblongue d'un rouge vif, obliquement dirigée de la pommette vers l'angle de la mâchoire, tranchant fortement, par sa coloration, avec la peau du reste de la joue. Au menton, existait une plaque plus petite, mais en tout semblable aux précédentes. Sur les jambes, au voisinage des genoux, de petites plaques érythémateuses, formant des saillies arrondies, représentant tout à fait de l'érythème noueux.

Il y avait quelques râles sibilants, dans la poitrine, les crachats étaient muqueux, la peau chaude, le pouls assez calme, pas de douleurs de tête.

Pendant les trois premiers jours, l'état de la malade resta assez satisfaisant. Mais dans la nuit du troisième au quatrième, la fièvre s'alluma, il y eut des nausées, de la céphalalgie, un peu de diarrhée. Le lendemain matin, bain d'air chaud. Le 14 décembre, un peu plus de calme, toutefois toujours des nausées (1 gr. 40 d'ipéca). Dans la journée, les vomissements furent assez abondants, toujours un peu de diarrhée, pas de fièvre, 15, 16 et 17 décembre, la fièvre s'est un peu allumée, la diarrhée persiste, la vue est un peu trouble; toujours symptômes du début persistant du côté des voies respiratoires. Un verre d'eau de Sedlitz est ordonné chaque jour.

Le 18, l'abattement est plus marqué, bourdonnement dans les oreilles et un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la langue devient sèche, la peau est chaude et sèche. Bain d'air chaud.

Les 19, 20, 21, la malade est toujours très affaissée, le dévoiement continu, quatre ou cinq selles liquides par jour, la céphalalgie a disparu. Bain d'air chaud.

Le 22, nuit bonne. Dévoiement continu. Un quart de lavement laudanisé.

Les 23, 24 et 25, le dévoiement diminue, deux selles par jour.

Le matin, la malade est mieux, mais le soir, vers trois heures, elle est reprise d'une fièvre assez vive qui cesse vers 9 heures.

Les 26 et 27, le mieux se continue, fièvre moins vive le soir, une selle par jour. Peau sèche. Pouls assez vif, la céphalalgie a disparu.

Depuis cette époque, et sous l'influence du sulfate de quinine, l'accès de fièvre intermittente s'est dissipé un peu.

Voilà donc un érythème symptomatique d'une affection générale à forme typhoïde, suivi d'une fièvre intermittente. Loin de guérir l'érythème, nous l'avons provoqué par des bains d'air chaud pour porter à la peau et faire naître une sudation généralisée, puis nous avons combattu les symptômes.

D'autres fois le caractère infectieux de la maladie se démontre par des complications multiples qui viennent se surajouter à l'exanthème.

Dans un des deux cas observés par Stolzenburg, et que nous rapportons ici, la maladie eut un début angineux avec rougeur de la muqueuse pharyngo-laryngée et tuméfaction des ganglions lymphatiques du cou. Voici cette observation :

OBSERVATION.

Deux cas d'érythème noueux avec complications rares (STOLZENBURG. *In Charité annalen*, XIX, page 234. Résumée dans SCHMIDTS. *Jarhbücher*, 1895, n° 1).

Ces deux cas à allures aiguës ont traits à deux jeunes gens. Dans un cas il y eut inflammation de la muqueuse pharyngo-laryngée avec tuméfaction des ganglions du cou.

Dans le deuxième, il y eut inflammation de l'endocarde, du péricarde et des plèvres.

Ces deux cas montrent, dit l'auteur, que l'érythème noueux est une maladie infectieuse, voisine du rhumatisme articulaire aigu.

Les séreuses articulaires et tendineuses sont fréquemment le siège de douleurs vives, il y a de véritables arthralgies et des phénomènes de tenosite. Parfois même les séreuses articulaires sont le siège d'un léger épanchement (Amiaud) (1), Revilloud (2), G. Sée (3).

Nous ne faisons que signaler l'endocardite et la péricardite dont les exemples abondent dans les travaux publiés sur l'érythème noueux : on peut même dire que dès que le caractère infectieux de la maladie se prononce, c'est du côté des enveloppes du cœur qu'on voit survenir ces localisations secondaires, l'un des cas de Stolzenburg que nous rapportons a précisément trait à des complications de ce genre.

La bronchite, la pleurésie, la pneumonie, sont aussi fréquemment observées.

L'albuminurie est notée dans de nombreuses observations.

Les muqueuses elles-mêmes ne sont pas à l'abri des localisations possibles de la maladie. La conjonctivite, l'érythème buccal et pharyngo-laryngé (Stolzenburg), et peut être même intestinal, ont été observés.

OBSERVATION I

*Erythème noueux fébrile. Endo-péricardite. Bronchite.
Conjonctivite (Rondot).*

R... Joseph, 18 ans, charron, entré le 21 septembre 1882 à l'hôpital Saint-André, salle 15, lit n° 28, dans le service de M. le professeur Picot, que je supplée pendant les vacances de la Faculté.

(1) *Amiaud*. L'érythème noueux, ses complications viscérales. Thèse de Paris, 1879.

(2) *Revilloud*. Gaz. Hôpitaux, 1874.

(3) *G. Sée*. Bullet. Soc. Médec. Hôpit., 1859.

C'est un homme fort, bien bâti, dont les seuls antécédents morbides consistent en accès de fièvres intermittentes à type, tierce et quotidien, survenus en 1870 : il n'a pas eu la syphilis, ni d'écoulement blennorrhagique et n'a jamais souffert de douleurs rhumatismales. Par contre sa mère était rhumatisante : quant à son père, mort des suites d'un accident, il ne l'a pas connu.

Depuis les symptômes d'impaludisme qu'il a éprouvés, il ressent de temps en temps quelques maux de tête et s'enrhume assez facilement, mais d'une façon très bénigne.

Sa maladie remonte à douze jours : il est pris de frissons, de céphalalgie, d'une fièvre intense qui ne l'empêchent pas de continuer son travail : six jours plus tard, se déclarent de vives douleurs aux membres inférieurs, surtout dans la partie inférieure des jambes, en même temps que les genoux sont douloureux. Puis des plaques rouges se sont montrées, s'accompagnant de gonflement, de chaleur et de tension des téguments ; plusieurs poussées se sont aussi succédé avec le même cortège de symptômes. Les jours derniers, la céphalalgie s'accroissait, la marche était très difficile et c'est cette dernière circonstance qui l'a déterminé à venir à l'hôpital. Je constate alors qu'il est atteint d'un érythème noueux, type circonscrit aux membres inférieurs. On voit sur la partie inféro-interne de la jambe gauche une large plaque saillante, d'un rouge vif, offrant une longueur de trois ou quatre travers de doigt, douloureux à la pression, indurée, avec épaississement manifesté du derme ; quelques autres, identiques d'aspect, siègent sur le reste de la face antérieure de la jambe, tandis qu'il n'en existe aucune en dedans et en arrière. La chaleur est très élevée au niveau des plaques.

A la partie interne du genou du même côté, une rougeur me semble de prime abord dépendre de la compression produite par la juxtaposition du genou droit : sa largeur est celle d'une pièce de cinq francs en argent : elle persiste et présente également de l'induration et de la douleur à la pression.

Mêmes plaques larges avec les mêmes caractères sur la jambe droite : une petite élévation, d'un volume d'un gros pois, se voit au tiers inférieur de la partie interne de la cuisse ; elle est rouge, cir-

culaire, offre un empâtement profond, se limite bien entre les doigts et est très douloureuse lorsqu'on la comprime.

Le malade accuse des douleurs au niveau du cou-de-pied gauche, et la pression montre qu'elles se limitent à la partie inférieure de la malléole externe ; pas de gonflement de l'article et des gaines sur le trajet desquelles on ne provoque, par l'application des doigts, aucune sensation anormale. Quelques souffrances sont également perçues à la hauteur du tendon rotulien droit.

Rien au thorax et aux bras. Le coude et le petit doigt gauches ont fait souffrir le malade après qu'il eut ressenti les douleurs de genoux. A la partie postérieure du cou, je trouve quelques boutons d'acné qui se sont déjà développés autrefois.

Les yeux sont larmoyants, rouges ; les conjonctivites très infectées, ne présentent pas de nodules érythémateux, il en résulte une cuisson avec sensibilité anormale qui date de quelques jours.

L'exploration de la région précordiale montre que la matité du cœur n'est pas exagérée ; mais le poumon recouvre sa face antérieure dans une grande étendue ; on ne sent pas le choc de la pointe ; cependant, le soulèvement systolique se manifeste près du sternum, dans le quatrième espace intercostal.

A l'auscultation, on reconnaît un souffle du premier bruit, dont le maximum est à la pointe ; il existe un prolongement douteux dans l'artère pulmonaire.

Le second bruit paraît normal. Les battements sont forts, bien rythmés. On entend un murmure continu dans les carotides.

Le pouls, de moyenne intensité, est très régulier et bat 84 fois par minute.

L'examen de l'appareil respiratoire montre son intégrité complète.

Peu de chose à noter du côté du tube digestif, la langue est légèrement enduite ; l'aspect de la gorge est normal. Le foie déborde de deux centimètres le rebord costal ; la rate est un peu grosse, mais n'est pas sensible à la palpation. Les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement.

Il n'existe pas de traces d'albumine dans l'urine. La peau est

chaude : hier sensation de poids dans la soirée et vers les 10 heures, sueurs abondantes, T. A. 39°5, P. 84.

Enveloppement des jambes dans de l'ouate : acide salicylique 2 grammes.

Soir temp. ax. 40°2. P. 92.

Douleurs vives cette nuit, à la malléole externe, au coude et au petit doigt du côté gauche. Pas de trace de gonflement articulaire.

En voulant se lever le malade s'est senti encore plus faible qu'hier et avait peine à se tenir debout.

Aux jambes, la rougeur est moins vive et s'éteint graduellement sur le bord des plaques qui, moins épaisses, se séparent par des limites plus nettes des plaques contiguës avec lesquelles elles étaient pour ainsi dire fusionnées. Etat stationnaire au genou gauche.

Le petit nodule de la cuisse droite a beaucoup diminué, l'empâtement en a presque disparu. Pas de papules sur la bouche, la langue, les conjonctives. La pression du doigt laisse une légère empreinte sur les nodosités.

Au point de vue de la sensibilité, on trouve à la partie supérieure de la jambe gauche une tache avec nouure dont le centre est insensible ; sur quelques autres la sensibilité paraît diminuée à leur partie médiane.

L'examen du sang nous montre que les globules rouges ne présentent aucune modification de forme, les leucocytes sont très nombreux.

On constate du côté du cœur le même prolongement à la pointe du premier bruit. Rien à la poitrine.

La fièvre persiste. T. A. 39°. P. 80

Soir T. A. 30°7. P. 88

23 mai. Sur les membres inférieurs, les taches pâlisent et l'engorgement du tissu cellulaire diminue ; à droite une des plaques présente une teinte jaunâtre à sa partie médiane, tandis que près du genou la coloration est violacée ecchymotique. Une légère rougeur indique la place du noyau situé au-dessus du genou droit ; son induration a complètement disparu. Encore un peu d'épais-

sissement sous-cutané avec rougeur sur la plaque du genou gauche.

Les douleurs se sont dissipées et n'existent plus sur la cheville gauche et aux genoux. En même temps la force des membres paraît revenue à peu près à l'état normal.

Une poussée s'est déclarée aux membres inférieurs. On constate l'apparition d'une tache rouge sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt gauche, laquelle s'est accompagnée d'une douleur vive que le malade compare spontanément à celles qui se sont manifestées à la première période de l'éruption des jambes. A droite une rougeur diffuse recouvre la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, mais elle ne présente pas d'empatement; une légère douleur se produit dans les mouvements du doigt, mais les articulations semblent indennes. Quelques douleurs se sont également montrées dans les coudes.

La céphalalgie n'existe plus : langue encore un peu blanche.

Selles et urines normales. Rien à la poitrine. Les yeux sont revenus à leur état habituel. Pouls régulier, assez ample. Cœur, battements forts : choc un peu en dehors du mamelon : bruits clairs, toujours prolongement du premier bruit à la pointe. T. A. 39°5, P. 88.

Continuer l'acide salicylique. Soir : T. A. 39°2, P. 82.

24 mai. T. A. 39°1, P. 96. Soir : T. A. 39°3, P. 94.

25 mai L'état général s'est aggravé : la peau est très chaude : le pouls fréquent et régulier. Langue un peu saburrale, selles normales. Douleurs en urinant.

Même état des plaques aux membres inférieurs; celles de la partie inférieure des jambes gardent encore une légère empreinte oedémateuse. Le malade a beaucoup souffert cette nuit dans les masses musculaires de la cuisse gauche, surtout à la face postérieure et au creux poplité : la pression ne permet pas de reconnaître les points de la névralgie du sciatique.

L'éruption a augmenté sur les membres supérieurs, car il existe des taches rouges sur presque toutes les articulations métacarpo-phalangiennes des doigts : quelques petites taches papuleuses sont disséminées sur le reste de la face dorsale. Une pustule se voit sur la face externe de l'avant-bras reposant sur une base

rouge. A gauche. quelques rougeurs se sont également montrées, sans aucun gonflement.

Plaques confluentes, très rouges d'érythème simple à la nuque.

Les yeux sont douloureux : une petite papule s'est formée sur la paupière supérieure gauche, la conjonctive de ce côté est injectée.

Rien à la poitrine.

Cœur : en plus du souffle du premier bruit à la pointe ; on perçoit un léger trainement à cheval entre les deux bruits, tenant probablement à un frottement. La pression avec l'extrémité de l'index fait reconnaître l'existence, d'un point très douloureux au dessus du mamelon gauche.

L'acide salicylique est remplacé par le salicylate de soude à la dose de 5 grammes en potion.

T. A. 39°1 ; P. 90.

Soir, T. A. 38°8 ; P. 76.

26 mai. L'éruption de la main droite a disparu, quelques taches lenticulaires très peu persistent, purulent sur le dos de la gauche. Plus de douleurs. Aux jambes, état stationnaire, on sent encore à la main quelques saillies sur la face externe de la jambe gauche.

La papule de la paupière supérieure gauche s'est transformée en une rougeur diffuse.

Du côté du cœur, on constate manifestement un trainement après le premier bruit. Le pouls régulier est bondissant. Selles normales.

T. A. 38°3 ; P. 80.

Soir, T. A. 39°9 ; P. 88.

27 mai. Fièvre vive hier soir. A beaucoup toussé, quelques crachats de catarrhe bronchique. Je ne trouve rien à la percussion et à l'auscultation de la poitrine.

La douleur sus-mamelonnaire gauche a disparu, néanmoins les bruits cardiaques ont conservé les mêmes caractères, avec un frottement surajouté qu'on reconnaît à la base et à la pointe et qui s'éteint sur place sans aucune propagation.

N'a plus d'éruption aux membres supérieurs, elle s'efface sans avoir entièrement disparu aux inférieurs, car quelques noyaux

indurés, sans œdème, se révèlent encore à la palpation sur la face externe de la jambe gauche.

Les douleurs se sont complètement dissipées. Urines normales, constipation.

On continue le salicylate. Deux verres d'eau de Sediitz. T. A. 38°8; P. 84; S. T. A. 38°5, P. 86,

28 mai. Amélioration notable malgré la persistance de la toux, sans que l'examen des poumons révèle l'existence de bruits morbides. Les bruits cardiaques sourds dans toute la région précordiale, où l'on ne perçoit aucun soulèvement.

On trouve de nouveau le léger souffle du premier bruit avec son maximum à la pointe.

Les taches des membres intérieurs présentent encore une teinte ombrée et s'accusent par places par un relief peu saillant de la peau.

T. A. 38°5; P. 68.

S. T. A. 38°5; P. 76.

29 mai. Eruption à peu près éteinte. Douleurs nulles. Râles disséminés dans la poitrine, toux encore fréquente. L'état du cœur est plus satisfaisant, on entend encore un léger prolongement du premier bruit à la pointe. Le salicylate est supprimé. Potion avec sirop de codéine et de belladone et kermès. Huile de ricin, 30 grammes. Sulfate de quinine. T. A. 38°2; P. 60, S. T. A. 38°5, P. 88.

30 mars. Teinte jaune pâle de la jambe droite. Saillies disparues. Le malade se trouve mieux, ce qu'il attribue au sulfate de quinine dont il a pris seulement deux pilules.

Les bruits du cœur sont affaiblis, surtout le premier, avec moins de netteté à la base, sans souffle, sans frottement. Le choc précordial se sent un peu moins. Pas de signes de bronchite. Langue encore blanche, anorexie.

T. A. 37°7; P. 68.

Soir, T. A. 37°7; P. 64.

1^{er} octobre. Va mieux, demande à manger, on commence l'alimentation normale. T. A. 37°1, P. 66; Soir, 37°2, P. 66.

Le mieux se continue les jours suivants.

ÉRYTHÈME NOUEUX SECONDAIRE

C'est tout récemment que M. Joullié a étudié d'une façon complète l'érythème noueux secondaire, celui qui survient au cours d'une maladie infectieuse bien déterminée. Depuis longtemps on savait que les maladies infectieuses spécifiques, (fièvre typhoïde, variole, diphtérie, etc.,) pouvaient s'accompagner d'éruptions diverses, mais l'érythème noueux survenant au même titre que celles-ci et dans les mêmes conditions n'avait pas spécialement attiré l'attention. Le fait est pourtant qu'on voit l'érythème noueux se montrer au cours de ces diverses maladies infectieuses, il a été vu dans la fièvre typhoïde (Thiberge), le choléra (Lacombe), la diphtérie (Joullié), l'angine infectieuse (Legendre et Claisse), la rougeole (Richardière), la grippe (Comby), la blennorrhagie (Fournier-Bès), la syphilis (Fournier), la scrofulo-tuberculose (Obs. personnelle Buisine) et le paludisme (Moncorvo-Boicesco).

Les exemples qui précèdent prouvent surabondamment qu'il existe un érythème noueux secondaire qui se manifeste comme élément accessoire et surajouté à la maladie principale.

Si le fait est incontestable, l'interprétation qu'on peut en donner est encore obscure. Deux hypothèses sont permises à ce sujet : ou bien l'érythème noueux observé dans ces conditions est dû à une infection par les organismes banals de la suppuration ou autres qui prolifèrent à côté de l'agent spécifique dans les états infectieux ; ou bien la manifestation

cutanée est sous la dépendance directe de la maladie primitive ; telle nous paraît être au moins l'explication qu'on peut donner de l'érythème noueux palustre. Il semble bien que dans les cas observés par Moncorvo, le poison malarien a dû réaliser lui-même le syndrome érythème noueux, puisque l'agent thérapeutique dirigé contre l'infection palustre a eu raison de l'efflorescence cutanée.

Dans les cas de Brodier et de Sabouraud et Orillard, on trouva le streptocoque.

OBSERVATION II (Presonnelle).

X... ans, entrée dans le service de M. Albert Robin, une première fois en 1894, pour des accidents cardiaques liés à un rétrécissement mitral.

Cette malade porte au cou à gauche des cicatrices provenant d'abcès ganglionnaires datant de l'enfance. Elle est bien développée pour son âge et n'a été réglée que cette année. Elle a eu 6 érysipèles à répétition qui ont causé un aspect pseudo éléphantiasique du visage. Elle présente aux deux sommets une respiration obscure et une submatité légère qui prouve un début de tuberculose pulmonaire. Elle a présenté déjà deux fois, une forme de nodosités érythémateuses au voisinage des malléoles avec douleurs articulaires vagues : fait à noter la réaction fébrile a été pour ainsi dire nulle dans les deux cas, ce n'est qu'à cause des douleurs articulaires et la présence des éléments morbides cutanés que la malade s'en est aperçu : La réaction en a été apyrétique. L'évolution a été subaiguë et les nodosités ont disparu peu à peu en une quinzaine de jours laissant une pigmentation brune et une induration persistante.

OBSERVATION III.

Érythème noueux dans le cours d'une infection purulente (par
LÉON BRODIER, interne des Hôpitaux) (1).

La nommée Bourd .. Julie, âgée de 30 ans, journalière, entre le 23 septembre 1892, à l'hôpital Tenon, salle Rayet, n° 19, dans le service de M. Talamon, suppléé par M. Cuffer.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien à signaler. La malade a toujours été bien portante : elle a eu 3 enfants dont le dernier est âgé de 11 mois ; elle a allaité celui-ci jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. Depuis un mois environ, cette femme a été très fatiguée et surmenée plus que de coutume.

La maladie actuelle date de 8 jours : elle a débuté par une angine assez violente avec dysphagie, fièvre, anorexie, qui a duré 4 jours.

Le troisième jour, la malade a éprouvé de vives douleurs dans l'oreille gauche et, deux jours après, il s'est produit un écoulement purulent abondant par le conduit auditif externe du même côté. Pendant tout ce temps, la malade a pu continuer de vaquer à ses occupations ordinaires.

Il y a quatre jours, c'est-à-dire, 4 jours après le début de l'angine, elle a ressenti un violent frisson et une sensation très marquée de courbature qui l'ont forcée de s'aliter.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'état de la malade est le suivant : elle est amaigrie, les traits sont tirés, la face est rouge et vultueuse, la peau est sèche et brûlante, la soif est très vive, les lèvres sont desséchées ; la langue est saburrale, rouge au bord et à la pointe. Le ventre est légèrement ballonné, non douloureux à la pression ; on n'y constate pas de taches rosées lenticulaires et la diarrhée fait défaut. La rate est un peu augmentée de volume. L'état des poumons est normal : tous les signes locaux de l'angine précédente ont disparu ; mais l'écoulement purulent continue de se faire par le conduit auditif externe gauche. La température vaginale est de

(1) Loco citato.

41 degrés le soir ; le pouls est très rapide, les battements du cœur sont accélérés, sans bruits anormaux. L'urine renferme une assez grande quantité d'albumine et un peu d'indican; sulfate de magnésie, bouillon et lait.

24 septembre. La malade accuse des douleurs dans tous les membres : le soir même apparaissaient des plaques érythémateuses sur les deux avant-bras. Sulfate de quinine, 75 centigrammes.

25 septembre. Même état général. On observe, symétriquement disposés sur la face dorsale des avant-bras, le long du bord cubital, des placards érythémateux, légèrement saillants et très douloureux à la pression. Il en existe deux à l'avant-bras droit : un inférieur partant de la tête du cubitus remonte jusqu'au tiers supérieur de cet os ; un supérieur, situé un peu plus haut, est arrondi ; ses dimensions sont celles d'une pièce de deux francs. A l'avant-bras gauche, se trouvent quatre nodosités du volume d'une aveline, échelonnées le long du bord cubital : leur couleur est rouge vif, elles semblent enchâssées dans le derme. Sur la face antérieure et à la partie moyenne des deux jambes, on constate deux placards de couleur rouge foncé, faisant une saillie assez prononcée sur les parties voisines. Leur forme est ovale, leur grand axe longitudinal a deux ou trois centimètres de longueur. La saillie de ces plaques, leur aspect, leur siège exclusif à la face dorsale des avant-bras et à la face antérieure des jambes sont analogues aux nodosités de la dermatite contusifforme.

Les articulations ne sont pas gonflées, mais les mouvements sont douloureux au niveau des coudes et des genoux : la moindre pression sur les plaques érythémateuses provoque de vives douleurs et arrache des cris à la malade.

Rien au cœur ni aux poumons. Urines foncées, rares, albumineuses. T. 39° le matin.

Salicylate de soude, 6 grammes, limonade vineuse, bouillon et lait.

26 septembre. Une nouvelle plaque érythémateuse est apparue immédiatement au dessus de l'olécrâne droit : ses dimensions sont celles d'une pièce de cinq francs en argent ; elle fait une saillie peu prononcée sur les parties voisines, elle est douloureuse à la pression. La peau a retrouvé son aspect normal au niveau de

la plaque supérieure de l'avant-bras droit et il ne reste plus à ce niveau qu'une induration un peu douloureuse à la pression.

La plaque inférieure du même avant-bras est moins bien limitée et s'entoure d'une zone de coloration rouge qui se confond peu à peu avec les parties saines. Le dos de la main correspondante est le siège d'un œdème modéré. Les plaques tibiales sont moins rouges, mais on constate en arrière de la malléole externe du côté droit une rougeur mal limitée qui semble dessiner la gaine des péroniers latéraux, il existe une petite tache érythémateuse sur le dos du deuxième métatarsien du même côté.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne droite sont très douloureux; ceux des coudes ne le sont plus. T. 39°4 matin, 39°6 le soir. Même état général.

29 septembre. Les plaques inférieures des avant-bras se sont entourées d'une zone érythémateuse d'un centimètre de largeur : elles semblent suivre le trajet de gaines tendineuses, l'œdème de la main droite persiste. La gaine des péroniers latéraux, en arrière de la malléole externe droite est gonflée, rouge, douloureuse. Une nouvelle nodosité est apparue à la partie moyenne de la crête tibiale gauche. Toutes les autres plaques ont pâli, laissant des indurations qui persistent pendant 5 à 6 jours.

1^{er} octobre. L'œdème de la main droite a disparu, mais on constate de l'empâtement au niveau de la partie inférieure du bord cubital des deux avant-bras, ainsi qu'en arrière de la malléole externe droite. T. 39°6 matin, 39°2 le soir. Diarrhée très abondante pendant 3 jours.

5 octobre. Une incision pratiquée en arrière de la malléole externe droite donne issue à une petite quantité de pus crémeux. La suppuration se tarit à ce niveau les jours suivants tandis qu'elle devient de plus en plus évidente sur le bord cubital des deux avant-bras. La température qui était descendue à 37° depuis 3 jours, oscille de 38° le matin à 39°5 le soir.

8 octobre. La malade s'affaiblit de plus en plus, son teint devient terreux; elle se plaint surtout de sueurs profuses qui persistent jusqu'à la mort.

10 octobre. On incise la collection purulente de l'avant-bras droit; il se développe les jours suivants aux deux avant-bras, une

série d'abcès qui nécessitent le transport de la malade dans un service de chirurgie.

9 novembre. Mort.

A l'autopsie, on ne trouve aucune collection purulente dans les cavités viscérales. La plèvre gauche contient 300 grammes environ d'un liquide citrin ; le poumon correspondant présente un petit foyer de pneumonie à la partie supérieure du lobe inférieur. Le cœur est normal sans trace d'endocardite. La rate est légèrement augmentée de volume, ferme et consistante à la coupe. Le foie est un peu plus gros que normalement, et en dégénérescence graisseuse. Les autres viscères sont sains.

On n'a malheureusement pasensemencé le pus recueilli, mais l'examen bactériologique de celui-ci a révélé la présence de nombreuses chainettes de streptocoques.

OBSERVATION IV.

Hélène B., 13 ans 1/2, entre le 17 mai 1891, dans le service de M. Moussous, à l'hôpital des enfants, elle est couchée au lit 9 de la salle 15.

On ne peut avoir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires car elle n'a jamais connu ses parents, elle n'a ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Elle a toujours joui d'une excellente santé dans son enfance qu'elle a passée au Brésil, et depuis trois ans qu'elle habitait la France cette bonne santé s'était maintenue.

C'est le 1^{er} mars qu'elle tomba brusquement malade. La maladie débuta par des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre, de l'inappétence, une courbature généralisée et une forte toux.

La jeune fille logeait dans un couvent et ce n'est qu'au bout de 15 jours que son état ne s'améliorant pas, on la fit admettre à l'hôpital.

A son entrée, le 17 mars, la céphalalgie, la fièvre, l'inappétence et la toux persistent, cette dernière est accompagnée d'une expectoration assez abondante de crachats muco-purulents.

L'examen de la poitrine permet de constater l'existence d'une

bronchite généralisée qui ne paraît pas spécifique, les sommets sont sains, la malade n'a jamais craché de sang, ni jamais eu d'épistaxis, ni d'hémorrhagie anormale par aucune voie.

La menstruation s'est établie il y a environ un an et a été régulière jusque dans ces derniers temps.

Le 19 mars, deux jours après son entrée, on voit apparaître sur les jambes et sur les bras des taches érythémateuses assez confluentes et de dimensions variables, ces taches sont d'un rouge assez intense pour la plupart, quelques-unes plus pâles à contours plus accentués et qui commencent seulement à paraître s'effacent momentanément sous la pression du doigt.

La malade n'accuse aucune douleur, ni musculaire ni articulaire. Elle souffre toujours de la tête, elle mange très peu. La toux persiste, l'expectoration devient abondante, quelques sueurs nocturnes.

25 mars. L'éruption des membres a changé de caractère, la plupart des taches ont perdu leur coloration rouge pour devenir brunnâtres. Quelques-unes, les plus volumineuses, ont nettement un aspect ecchymotique, leur palpation permet de constater qu'il existe une induration à leur niveau, et qu'au purpura des premiers jours sont venus s'ajouter des phénomènes d'érythème noueux ou contusif.

Pendant ce temps, l'état général se modifiait, la toux devenait plus rare et plus sèche, l'expectoration diminuait. La fièvre persistait avec expectoration vespérale, ainsi que les sueurs nocturnes.

L'examen de la poitrine permettait de constater vers les sommets des signes de tuberculose au début.

30 mars. L'examen de l'appareil circulatoire ne révèle rien d'anormal.

Examen de l'appareil respiratoire :

Percussion. — En avant, à droite, submatité peu accentuée dans les premiers espaces intercostaux ; à gauche, sonorité normale. En arrière, à droite, submatité dans la fosse sus-épineuse, et en descendant, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; matité absolue en dessous, jusqu'à la base ; à gauche, sonorité normale.

Auscultation. — En avant : expiration prolongée des deux côtés, soufflante à droite. En arrière à droite, respiration rude, soufflante ;

dans la fosse sus-épineuse, diminution du murmure ; dans tout le sommet, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, abolition complète dans le reste du poumon, nombreux râles de bronchite disséminés ; à gauche, respiration soufflante, au sommet ; murmure vésiculaire normalement presque dans tout le poumon ; râles de bronchite beaucoup moins nombreux.

1^{er} mai. L'état général de la malade paraît meilleur, la fièvre vésicale est moins forte, les sueurs nocturnes sont moins abondantes, le sommeil plus facile, la malade mange un peu. Les dernières taches ecchymotiques ont disparu, on trouve encore un léger pointillé hémorrhagique sur les membres inférieurs.

20 juin. Depuis plusieurs jours, la malade a de la diarrhée ; la fièvre, qui s'est accrue, n'a pas de rémission matutinale ; douleur assez vive dans l'abdomen, exaspérée par la palpation.

La malade se plaint d'accès de suffocation, on lui fait respirer de l'oxygène à plusieurs reprises dans la journée.

25 juin. L'état de la malade s'aggrave de jour en jour, l'éruption a complètement disparu, les taches ecchymotiques se sont effacées, on peut cependant encore en retrouver le siège, car on rencontre sur les jambes, en plusieurs points, des nodosités sous-cutanées un peu douloureuses à la pression, mais la peau, à leur niveau, a repris sa coloration normale. Douleur au côté gauche, matité assez marquée dans les deux sommets, surtout à droite.

L'auscultation révèle l'existence de cavernes, l'expectoration est devenue franchement purulente. Sueurs nocturnes très abondantes ; température : le matin, 38°5, le soir, 39°2.

29 juin. La malade a une hémoptysie très abondante, elle est très affaiblie et paraît indifférente à tout ce qui l'entoure ; température : le matin, 38°3 ; elle meurt dans la soirée.

Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION V.

Erythème noueux secondaire dans un cas de diphtérie (Observation de M. Joullié).

Irma P..., âgée de 44 ans, modiste, entre à l'hôpital Tenon, dans le service du docteur Talamon, le 2 février 1893.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels : rougeole à l'âge de 8 ans ; la menstruation apparaît à 14 ans, et depuis ce temps-là, elle a toujours été régulière. En 1881, hémorrhagies anales assez abondantes, qui se prolongèrent avec des intermittences pendant un an ; elles sont dues à des hémorroïdes. En 1885, mêmes hémorrhagies hémorroïdaires. Pas de rhumatisme articulaire. Bonne santé habituelle.

Maladie actuelle. — La malade n'a pas été en contact avec des foyers de diphtérie. Le 29 janvier, dans la matinée, sensation de courbature avec nausées et bouffées de chaleur ; frissons, fièvre. Cet état de malaise força la malade à s'aliter.

30 janvier. Faiblesse générale, sueurs abondantes. Un médecin appelé constate le gonflement du cou, l'adénite, et porte le diagnostic d'angine à fausses membranes.

2 février. La malade est reçue à la consultation. A ce moment, le voile du palais et la luette sont tapissés de fausses membranes blanchâtres, fort adhérentes. La luette très œdématiée, a une coloration noirâtre, due au badigeonnage, pratiqué trop violemment par la garde-malade. Dysphagie accusée. Voix légèrement nasonnée.

Salivation abondante. Les ganglions sous-maxillaires sont petits, mobiles, peu augmentés de volume. Quand on essaye de détacher les fausses membranes, on y arrive difficilement. Température 39°2.

On prescrit un collutoire salicylé à 1/20 ; lavages boriqués ; todd.

Poumons et cœur ne présentent rien d'anormal. Urines légèrement albumineuses (0,50 environ) : pâleur marquée.

3 et 4 février. Etat général assez satisfaisant. Température oscille

autour de 39 degrés. On continue le traitement, mais les fausses membranes se reproduisent très facilement et très rapidement.

Dans fausses membranes : bacille de Loeffler.

5 février. Aux fesses, à la région sacrée, de chaque côté de la ligne médiane apparaissent, précédées de légères démangeaisons, des plaques rouges assez franches, reposant sur un fond dur, tuméfié, modérément sensibles à la pression. Leur contour, à peu près régulièrement arrondi, fait saillie au-dessus des parties voisines normales. Le centre de ces plaques surtout est dur et se présente sous forme d'une nodosité mal limitée, enchâssée dans le derme.

Bientôt d'autres plaques, présentant les caractères nets de l'érythème noueux, se montrent à la jambe droite et au bras gauche.

En effet, au niveau de la partie externe de l'articulation radio-humérale gauche, on voit une plaque saillante sur les parties voisines donnant la sensation d'une tuméfaction localisée. La coloration est rouge foncé; à la partie inférieure de la plaque, la coloration est rosée. Dans la partie supérieure de la plaque l'induration est diffuse, en nappe; dans sa partie inférieure, on sent trois nodosités de la dimension d'un gros pois. La pression à ce niveau est douloureuse.

L'apparition de cette efflorescence ne s'est pas accompagnée de fièvre; la température, en effet, est, le 5 février, de 38°8 le matin, de 38°2 le soir.

6 février. Les plaques conservent à peu près les mêmes caractères.

7 février. Apparition sur la jambe droite, à la partie inférieure de la crête du tibia, d'une nouvelle plaque à grand axe longitudinal de 5 centimètres et à petit axe horizontal de 3 centimètres. La coloration est d'un rouge foncé. La tuméfaction est très limitée, infiltrant tout le derme dans la partie supérieure de la plaque et faisant là une notable saillie; en bas la tuméfaction se confond insensiblement avec la peau saine, température 37°8, 37°6.

8 février. L'induration est moins manifeste aux plaques sacrées; coloration rouge foncé, contours encore saillants.

L'angine va en s'améliorant et les fausses membranes se reproduisent moins facilement.

10 février. Les plaques sacrées ont disparu à peu près ; leur coloration est encore un peu violacée.

13 février. Au niveau du condyle interne du tibia du côté droit apparaît une nouvelle nodosité de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, entouré d'un cercle érythémateux induré en nappe. La nodosité fait corps avec le derme, elle est d'un rouge foncé. Lors de son apparition, localement, sensation légèrement douloureuse, Pendant l'évolution de ces plaques, l'angine s'améliore peu à peu, dysphagie moindre, mais voix légèrement nasonnée : température se maintient au-dessous de 38 degrés.

15 février. La gorge a la coloration normale ; voile du palais pâle, anémié. Plus de fausses membranes. Au niveau de la plaque tibiale inférieure, l'induration persiste ; la saillie est encore manifeste et la peau y est rosée, violacée. Au coude, l'étendue de la plaque a diminuée les bords irréguliers sont teintés de rose violacé, mais l'induration ne se constate plus qu'à la partie postéro-inférieure de la plaque. La plaque tibiale supérieure montre une surface rosée, bleuâtre ; elle est encore légèrement indurée.

L'angine que l'on avait cru disparue, se revêt de nouveau de fausses membranes circonscrites autour de la luette. Peu d'appétit. Urines toujours légèrement albumineuses. La température est normale. Pâleur.

16 février. Plaque tibiale inférieure : décoloration presque complète ; plus d'induration au centre ; induration persistant dans le segment inférieur de la plaque sur une étendue de 3 centimètres en travers et de 1 à 2 centimètres en long.

La plaque tibiale supérieure est bleuâtre, pâle. Induration au coude disparue.

18 février. La plaque tibiale inférieure n'est plus représentée que par une légère teinte violacée et une petite partie indurée de la grandeur d'une pièce de 20 centimes ; au coude, la coloration violacée rappelle seule l'ancienne plaque. En somme, au coude, l'érythème a duré 13 jours.

20 février. La gorge est normale, pâle, l'érythème a complètement disparu. La malade commence à se lever, mais alors

apparaît une paralysie diphtéritique, d'abord localisée au voile du palais puis s'étendant, mais légèrement, aux membres inférieurs et supérieurs. Cette paralysie guérit au bout de quelques semaines.

OBSERVATION VI

Érythème noueux palustre (MONCORVO). Résumée.

Il s'agit, dans ce cas, d'un garçon âgé de 17 ans.

Développement physique régulier. Vers l'âge d'un an, fièvre palustre grave, qui a mis ses jours en danger. Cinq ans plus tard, survinrent de nouvelles manifestations de l'intoxication malarienne, traduites par de la diarrhée, état saburral, etc.

A 8 ans, rougeole grave, à la suite de laquelle survinrent des accès plus ou moins accusés de fièvre, s'accompagnant, cette fois, de l'apparition de taches rouges sur la figure, la face dorsale des mains, au centre desquelles on apercevait des nodosités de dimensions très variables, envahissant toute l'épaisseur du derme, faisant un petit relief à la surface de la peau, dont la température était, en ces points, sensiblement élevée, et le malade accusant une très vive sensation douloureuse, comparable, disait-il, à de petites brûlures. Ces efflorescences cutanées subirent une atténuation progressive et finirent par disparaître au fur et à mesure que les accidents fébriles entraient en déclin.

En 1887, il est atteint de plusieurs reprises de fièvre pernicieuse, dont l'invasion ne laissa jamais d'être suivie de l'apparition des éruptions cutanées qui viennent d'être signalées ; elles siégeaient, sans exception, au front, aux pommettes, aux joues, aux pavillons des oreilles et à la face dorsale des mains. Elles offraient invariablement les mêmes caractères : c'étaient des nodosités cutanées, à dimensions variables, les unes, arrondies, les autres, ovalaires ou semi-lunaires, plus ou moins rapprochées, plusieurs d'entre elles empiétant les unes sur les autres, recouvertes toutes d'une tache d'un rouge vif, qui était le siège de la susdite sensation de brûlure dont il se plaignait vivement. Aux intervalles de ces accès de fièvre

pernicieuse, survinrent parfois quelques autres crises paludéennes fébriles d'une médiocre intensité et d'une bien plus courte durée, pendant lesquelles de pareilles éruptions érythémateuses n'ont pas manqué de les compliquer, mais alors sensiblement atténuées... Après avoir été minutieusement renseigné sur l'histoire de ses accidents fébriles et cutanés ci-dessus désignés, je me suis cru autorisé à admettre l'hypothèse d'un érythème noueux palustre, et je ne tardai guère à voir cette supposition confirmée par ma propre observation. De fait, quelques semaines après, j'étais mandé à le voir, je le trouvai alors en proie à un accès de fièvre datant de la veille au soir, s'accompagnant, d'ailleurs, d'une violente crise d'asthme. La langue était très chargée, le foie avait acquis un volume assez considérable. Dès le matin, la peau des régions précédemment indiquées, avait été déjà envahie par une poussée érythémato noueuse la plus caractéristique. C'était en effet des taches rouges très chaudes et très sensibles au moindre attouchement, au centre desquelles on retrouvait des saillies arrondies, ovoïdes ou semi-lunaires, dues à des nodosités qui gagnaient toute l'épaisseur du derme : elles étaient plus nombreuses à la figure et aux pavillons des oreilles, en leur prêtant un aspect très dégoûtant... Or, le lendemain même de ma visite, et à la suite d'une dose de calomel et de l'administration de bichlorhydrate de quinine (1 gramme), l'efflorescence en question entraînait promptement en rémission, les taches pâlissaient, les nodosités s'aplatissaient, et la sensibilité s'amendait considérablement. Le déclin ne s'arrêta point, et au bout de très peu de jours, l'éruption se trouvait complètement effacée. Il va sans dire que l'administration de la quinine a été prolongée pendant plusieurs jours de suite.

Vers le commencement de cette année, nouvelle invasion fébrile, compliquée d'une attaque d'asthme ; or, le lendemain du début de ces accidents, une nouvelle apparition d'érythème noueux, avec tous les caractères précédents, et occupant à peu près les mêmes régions. Encore cette fois, la quinino-thérapie triompha vite de toutes ces manifestations, et quelques jours après, tout était rentré complètement dans l'ordre.

Un fait aussi digne de remarque, dans ce cas, c'est la coïncidence

de l'apparition des attaques d'asthme avec les accès de fièvre malarienne, et leur prompt atténuation sous l'influence de la quinine.

OBSERVATION VII.

Erythème noueux palustre. (MONCORVO.)

Adalto, petit mulâtre, âgé de dix-huit mois, né à Rio-de-Janeiro, m'est présenté dans mon service le 7 avril 1891. Il est le dernier de quatre enfants, ses frères ont toujours été bien portants.

Allaitement mixte, aucune maladie jusqu'au quatorzième mois, pas même de troubles digestifs.

Depuis quatre mois, il lui survient des accès paludéens se traduisant par de l'insomnie, agitation, irritabilité, inappétence, diarrhée, soif, refroidissement des extrémités avec élévation plus ou moins accusée de la température du tronc et de la tête, se terminant par une transpiration plus ou moins abondante.

Quelques heures après l'invasion de chaque accès surviennent dans l'épaisseur du derme des noddosités de forme et de dimension variables, dont la majorité fait des saillies au niveau de la surface cutanée, laquelle devient en ces points assez rouge, chaude et extrêmement douloureuse. Ces nodosités à forme soit ovale, soit semi-lunaire, mesurent deux à trois centimètres environ suivant leur grand diamètre. Les unes sont isolées, d'autres associées en groupe et parfois même imbriquées les unes sur les autres. Leur siège a été la face externe du bras gauche, les deux fesses et la face antérieure des deux jambes. La figure, le ventre et les cuisses ont été sans exception épargnés. On est encore à même de retrouver quelques traces plus ou moins récentes des dernières efflorescences noueuses représentées par des taches ecchymotiques à des périodes différentes de régression.

Actuellement on remarque à la fesse droite une série de nodosités rassemblées en forme d'un croissant à convexité externe, ayant presque toutes une forme semi-lunaire, mesurant de 2 à 3 centimètres dans leur plus grand diamètre, imbriquées les unes sur les autres et dépassant 3 millimètres environ au-dessus de la surface

de la peau, laquelle est à leur niveau rouge et chaude. D'ailleurs, le petit malade se plaint d'une vive sensation de brûlure en cet endroit, au point qu'il se trouve incapable de se tenir assis. Cette dernière éruption érythémateuse remonte, d'après sa mère, à quatre jours.

A la fesse gauche et aux deux régions tibiales on aperçoit des taches d'érythème auxquelles correspondent des saillies noueuses, analogues aux précédentes, il est encore à remarquer que les taches y sont bien moins rouges et moins douloureuses ; du reste, elles ont fait leur apparition huit jours auparavant. Enfin, à la face externe de l'avant-bras gauche, on trouve une petite saillie noueuse, ovoïde, correspondant également à une plaque érythémateuse, très douloureuse au toucher, dont la durée est de quatre jours.

Ces efflorescences noueuses apparaissent, comme il vient d'être dit, à la suite de l'invasion des accès de fièvre et s'atténuent sensiblement après leur cessation, pour reprendre leur primitive acuité à une nouvelle ascension thermique.

Au moment de l'examen, la température rectale est à 38°5, état saburral ; perte de l'appétit, selles pâteuses, ventre légèrement ballonné, foie quelque peu engorgé, rate non augmentée de volume.

On prescrit l'administration d'un gramme d'antipyrine en deux fois et une potion contenant un gramme de bichlorhydrate de quinine, 9 avril. T. R. 37°6. L'érythème est sensiblement amendé, et les nodules assez affaissés au point que l'enfant peut déjà s'asseoir sans beaucoup de peine. Langue plus nette ; l'appétit renaît.

On répète la potion à la quinine.

10 avril. T. R. 37°6.

Atténuation plus accusée de l'efflorescence de la fesse droite ; régression chronique des taches, lesquelles ont déjà une température très voisine de la normale et ne sont plus le siège de cuissons douloureuses.

Bichlorhydrate de quinine, 1 gramme.

13 avril. T. R. 37°. Hier soir, vers 10 heures, refroidissement des pieds, des jambes, des mains et des avant-bras, accompagné de prostration et suivi plus tard de sueurs. Le thermomètre n'a pas

été alors appliqué, mais l'exploration par la main ne laissant pas le moindre doute sur l'augmentation accusée de la chaleur du tronc.

Une heure après cette crise, apparition au niveau du condyle interne du genou gauche d'une plaque d'érythème au centre de laquelle il y avait une saillie noueuse à forme ovoïde, de 2 centimètres environ à son plus grand diamètre, l'enfant se plaignant d'une vive sensation de brûlure à ce niveau.

Potion 1 gramme de bichlorhydrate de quinine.

17 avril. T. R. 37°. L'efflorescence noueuse de la nuit du 14 fort apaisée et indolente.

Celle de la fesse droite presque entièrement éteinte ; c'est à peine si on en aperçoit des traces. Les autres ne se révèlent plus que par des taches jaunâtres presque imperceptibles. Langue presque tout à fait dépourvue de son enduit saburral ; bon appétit, selles physiologiques, ventre plus souple.

20 avril. T. R. 39°2. Mais malgré cette nouvelle élévation fébrile, aucune plaque d'érythème noueux n'est survenue.

Peau très sèche, prostration, état saburral plus manifeste.

Antipyrine, 1 gramme, et ensuite une injection sous-cutanée de 50 centigrammes de bichlorhydrate de quinine, suivie de l'administration d'une potion contenant un gramme du même sel.

22 avril. T. R. 37° 1. L'enfant a repris ses forces et sa vivacité. Peau humide, langue nette, bon appétit, évacuations normales. Les derniers vestiges des efflorescences érythémato-noueuses à peine visibles ; desquamation de la peau à leur niveau.

La quinine fut encore hier administrée à la dose d'un gramme et on la répète aujourd'hui.

27 avril. T. R. 37°2. L'état général de l'enfant est excellent. L'érythème noueux peut être dit absolument disparu. On le soumet à l'usage de l'arsenic. Je revois encore, le 29, ce petit garçon et je peux constater son complet rétablissement.

ÉRYTHÈME NOUEUX TOXIQUE

Un grand nombre de maladies infectieuses s'accompagnent de manifestations cutanées diverses.

Les travaux de MM. Raymond et Nélaton, de M. Lovy, de M. Hutinel et de son élève Mussy ont fait voir que dans le cours de la scarlatine, de la diphtérie, de l'endocardite infectieuse, de la fièvre typhoïde, on peut voir survenir des éruptions diverses : ces éruptions ont des aspects morphologiques variables. Nous avons vu que l'érythème noueux pouvait apparaître dans ces mêmes conditions. De même on sait que diverses intoxications, l'intoxication hydrargyrique, l'intoxication par les composés bromés, l'intoxication par l'antipyrine se révèlent souvent par un exanthème plus ou moins prononcé : Dans ces cas, l'éruption simule celles de la scarlatine, de la rouegole, de la roséole syphilitique.

Toutefois il est possible de voir l'intoxication réaliser sa manifestation cutanée ou l'apparition d'un érythème noueux. La chose n'est pas commune mais son existence ne saurait être mise en doute. M. Richardière en rapporte un très bel exemple : « J'ai vu, dit-il, un malade soumis à l'usage de l'iodure de potassium présenter pendant le traitement une éruption papulo-noueuse généralisée. La majorité des éléments éruptifs était représentée par des papules d'apparence hémorrhagique. Il existait en outre, sur le dos et sur les cuisses du malade, des nodo-

sités saillantes, ayant le volume d'une grosse noisette, tout à fait comparables aux nourues de l'érythème contusif. Dans ce cas l'éruption ne fut pas précédée de fièvre et ne s'accompagna pas de douleurs articulaires. Elle disparut rapidement, dès que l'usage du médicament fut abandonné. »

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Malade diabétique entrée dans le service de M. Albert Robin, à la Pitié. Sucre dans les urines à l'entrée, 472 grammes. Soumise au traitement alternant; amélioration progressive mais la malade observe d'une façon irrégulière son régime alimentaire et le sucre augmente de nouveau. La malade est mise à l'antipyrine (2 grammes par jour) et immédiatement apparition sur les jambes, les membres supérieurs et la face d'une éruption papulo-noueuse caractéristique. A la face, l'éruption est franchement papuleuse, aux membres supérieurs et inférieurs, au pourtour des genoux et à la face interne des jambes, elle offre tous les caractères de l'érythème noueux; tant que la médication par l'antipyrine est maintenue, l'érythème persiste, il disparaît progressivement avec la suppression de l'agent médicamenteux.

Il est donc évident que le syndrome érythème noueux peut se trouver réalisé dans des cas absolument différents et relevant tantôt d'une infection, tantôt d'une intoxication. Est-il possible d'aller plus loin dans la pathogénie de l'affection? Peut-être existe-t-il un lien entre ces deux groupes de causes déterminantes: les poisons solubles sécrétés par les agents infectieux agiraient d'une façon analogue aux agents chimiques. Peut-être aussi le poison chimique quel qu'il soit, agirait-il sur le système nerveux vasculaire, réalisant ainsi l'angio-névrose de Købner et Lewin. Les recherches de l'avenir pourront seules démontrer le bien-fondé de cette opinion.

CONCLUSIONS

Contrairement aux idées anciennes, l'érythème noueux n'est pas une entité morbide, ce n'est qu'un syndrome.

Il y a lieu d'en distinguer plusieurs variétés étiologiques.

Ces variétés sont :

1° L'érythème noueux primitif, dépendance de l'érythème polymorphe de Hébra, avec lequel il coïncide souvent : il réalise cliniquement toutes les allures d'une maladie infectieuse ;

2° L'érythème noueux secondaire, survenant dans le cours d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique : il est dû alors, soit à une infection secondaire, soit à la maladie causale elle-même (érythème noueux palustre) ;

3° Enfin, l'érythème noueux toxique, lié à l'absorption d'un agent médicamenteux (iodure de potassium, antipyrine).

Vu : Le Président de la Thèse,
STRAUS.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

